

افسردگی، اضطراب و پشیمانی بعد از عمل زنان سترون شده در مراکز بهداشتی - درمانی تبریز، سال ۱۳۸۳

دقیه نوری زاده: کارشناس ارشد مامایی (گرایش بهداشت مادر و کودک). مرکز بهداشتی درمانی هشتگرد (نویسنده رابط)

دیچانه ایوان بقاء: کارشناس ارشد مامایی، مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

فاطمه رنجبر کوچکسرانی: استادیار گروه روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

محمد زکریا پزشکی: استادیار پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

چکیده

مقدمه: یکی از مسائلی که اخیراً توجه اکثر محافل جهانی را به خود معطوف داشته، افزایش سریع جمعیت می باشد. جامعه پزشکی، روشهای مؤثری جهت تنظیم باروری عرضه نموده که یکی از آنها سترون سازی زنان می باشد. تعدادی از زنانی که سترون سازی را انتخاب می کنند، ممکن است به یک سندرم نوروتیک مبتلا شوند. این سندرم بصورت درد، افسردگی و فقدان میل جنسی تظاهر می نماید. توانایی تولید مثل برای زنان معنای سمبولیک مهمی دارد و با تصویر بدنی و هویت افراد در ارتباط است، لذا آثار ناشی از فقدان توانایی باروری باید مورد توجه و بررسی قرار گیرد.

مواد و روشها: مطالعه از نوع توصیفی است که ۱۵۰ زن سترون شده طی ۱۰-۱ سال اخیر و ۱۵۰ زن غیر سترون به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه استاندارد افسردگی و اضطراب زونگ و نیز سؤالاتی در مورد مشخصات افراد و سنجش پشیمانی بعد از عمل بود که بوسیله واحدهای مورد پژوهش تکمیل و داده ها توسط SPSS نسخه ۱۱ آنالیز شد.

یافته ها: مقایسه میانگین افسردگی گروههای مورد پژوهش، اختلاف معنی داری را نشان نداد اما میانگین اضطراب زنان سترون شده بطور معنی داری بیشتر از گروه شاهد بود ($P = 0/03$). میزان پشیمانی بعد از عمل زنان سترون شده ۶ درصد بود که با کشمکش با همسر به هنگام تصمیم گیری جهت عقیمی ارتباط معنی داری داشت ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه گیری: نتایج پژوهش حاضر و تفاوت های شخصیتی و قدرت سازگاری افراد در مواجهه با تغییرات، متذکر اهمیت مشاوره قبل از عمل و سیستم پیگیری بعد از عقیمی در جهت ارتقای سطح سلامت روان زنان می باشد.

کلید واژه ها: افسردگی / اضطراب / سترون سازی

مقدمه

یکی از مهمترین مسائلی که در سالهای اخیر، توجه همه محافل اجتماعی، اقتصادی و سیاسی جهان را به خود معطوف داشته است، موضوع افزایش سریع جمعیت و نتایج سوء ناشی از آن می باشد. زیرا در حال حاضر، جمعیت دنیا در اثر پیشرفت علم، تکنولوژی و کاهش در میزان مرگ و میر به دنبال ارتقای سطح بهداشت به طرز انفجار آمیزی رو

به ازدیاد گذاشته است (۱) و انتظار می‌رود که در حدود سال ۲۱۵۰ میلادی این جمعیت به ۱۱ تا ۱۲ میلیارد نفر برسد (۲).

ایران کشوری در حال توسعه است و یکی از سریع‌ترین نرخهای رشد جمعیت دنیا را دارا می‌باشد. در سرشماری سال ۱۳۳۵، جمعیت کشور کمتر از ۱۹ میلیون نفر بوده است. در حالی که در سال ۱۳۷۰ به ۵۷ میلیون نفر، یعنی ۳ برابر جمعیت ۳۵ سال پیش افزایش یافته است (۱). مرکز آمار ایران، نرخ رشد طبیعی جمعیت کشور را طی سالهای ۸۶-۱۹۷۶، ۳/۲ درصد گزارش نمود که این میزان در سال ۱۹۹۹ به ۱/۵ درصد رسید ولی با این حال، این میزان رشد نیز بالا بوده و لازم است که تحقیقات و تلاشهای وسیعتری در جهت ترویج و توسعه برنامه‌های تنظیم خانواده انجام شود. در این راستا جامعه علمی و پزشکی، روشهای مؤثری جهت تنظیم باروری به مردم عرضه کرده است ولی هیچ کدام از این روشها عاری از عوارض جانبی و حتی خطر نمی‌باشند (۳). یکی از روشهای پیشگیری از بارداری، سترون-سازی زنان می‌باشد. این عمل، اولین بار در سال ۱۸۲۳ توسط دکتر بلاندل^۱ در لندن برای جلوگیری از حاملگی در زنانی پیشنهاد شد که احتیاج به تکرار عمل سزارین، پس از دومین سزارین داشتند (۲). در ایالت متحده آمریکا در فاصله سالهای ۸۸-۱۹۷۲، درصد زوجهای متأهلی که از سترون‌سازی بعنوان روش ضد بارداری استفاده می‌نمودند، به بیش از دو برابر افزایش یافت و از آن پس در همین حد باقی ماند (۲). اکنون در آمریکا، سالانه متجاوز از ۷۵۰۰۰ زن بوسیله بستن لوله‌ها سترون می‌شوند (۴).

در ایران، عمل سترون‌سازی از سال ۱۳۶۹ بصورت قانونی رواج یافته است. میزان کل آن در سطح کشور طبق آمار مهر ماه ۱۳۷۹، ۱۷/۱ درصد بود (۵) که در سال ۱۳۸۰، این میزان به ۲۱/۵۵ درصد رسید. علی‌رغم انجام تحقیقات متنوع در کشورهای مختلف، مخاطرات روش بستن لوله هنوز مورد سؤال است که بصورت علائمی مثل درد لگنی، اختلالات قاعدگی و اختلالات عضلانی اسکلتی مطرح می‌باشد (۱). اختلالات روانی بعنوان یکی دیگر از پیامدهای طولانی مدت سترون‌سازی مطرح و مورد سؤال می‌باشند. کاپلان و سادوک (۱۹۸۸) می‌نویسند: درصد کوچکی از بیمارانی که سترون‌سازی را انتخاب می‌کنند، ممکن است به یک سندرم نوروتیک پس از عقیمی مبتلا شوند. این سندرم بصورت درد، فقدان میل جنسی، عدم واکنش جنسی، خود بیمار انگاری، افسردگی و نگرانی در مورد مردانگی یا زنانگی تظاهر می‌نماید (۶).

از آنجایی که برای بسیاری از زنان، ارگانهای تناسلی و توانایی تولید مثل، معنای سمبولیک مهمی دارد و در ارتباط تنگاتنگ با روانشناسی زنان می‌باشد، لذا هرگونه تغییر در این بخش، می‌تواند تصویر بدنی و هویت فردی وی را مخدوش سازد (۷).

بطور کلی هر انسان، هنگام روبروشدن با تغییرات جسمی بدن خود و تحولات ظاهری قابل رؤیت، مجموعه‌ای از نگرانیها و آشوبهای درونی خود را بصورت افسردگی بروز می‌دهد و از طرف دیگر، اندیشه نادرست جامعه در زمینه سترون‌سازی، راه را برای افسردگی آنان هموارتر می‌نماید (۸).

بعضی از کسانی که به افسردگی مبتلا هستند، توهم، هذیان، اضطراب و اختلالهای روان‌تنی را تجربه می‌کنند (۹) و با توجه به اینکه اضطراب، رایجترین واکنش روانی به یک عامل فشار روانی است (۱۰) لذا آثار عاطفی ناشی از فقدان دائمی توانایی باروری باید همیشه مورد توجه قرار گیرد. از دست دادن توانایی بچه‌دار شدن، حتی برای زن یا مردی که دیگر بچه نمی‌خواهند، آسان نخواهد بود (۱۱).

بنابراین با عنایت به اینکه رفتارهای باروری و بهداشت تنظیم خانواده، ریشه در آداب، سنن، عقاید، باورهای فرهنگی و مذهبی مردم دارد، بجاست که با توجه به شناخته‌های شخصیتی و ویژگیهای جسمانی و روانی افراد، روش مناسب با آنها انتخاب شود و همچنین رویکرد به روش سترون‌سازی با ظرافت خاص و به بیان دیگر محتاطانه صورت

گیرد (۱۲، ۱۳، ۱۴) و نیز فردی که مایل به استفاده از این روش جلوگیری از بارداری است، باید اطلاعات دقیقی در مورد دائمی بودن روش و مسائل مربوط به آن داشته

باشد تا از ایجاد پشیمانی بعد از عمل که بعنوان یکی از اختلالات روانی طولانی مدت سترون سازی مطرح می باشد، جلوگیری شود (۱۵).

در مورد عوارض جسمی سترون سازی در طول دهه اخیر، پژوهشهای متعددی در کشور انجام گردیده است و نتایج آن در مجلات متعدد گزارش شده است (۱) ولی تحقیقات انجام گرفته در بعد روانی ناچیز و نتایج متناقضی در برداشته است. با توجه به اینکه اختلال افسردگی بعنوان یکی از معضلات مهم و نگران کننده سلامت جوامع و از عوامل تهدید کننده وضعیت اقتصادی کشورها در قرن ۲۱ مورد توجه بسیاری از صاحب نظران و سیاستگذاران امور بهداشتی و پزشکی ممالک و سازمان جهانی بهداشت قرار گرفته است و نظر به اینکه درخواست برگشت باروری با صرف هزینه های گزاف و خطرات جانی ناشی از حاملگی مجدد همراه است، پژوهشگر بر آن شد تا مطالعه ای با هدف کلی تعیین میزان افسردگی، اضطراب و پشیمانی بعد از عمل زنان سترون و هدف فرعی شناسایی عوامل مرتبط انجام دهد.

مواد و روشها

این پژوهش، مطالعه ای از نوع توصیفی است. جامعه آماری مورد بررسی را ۳۰۰ زن ۴۵ - ۲۵ ساله شهر تبریز تشکیل می دهند که در آن، افراد مورد پژوهش به روش نمونه گیری تصادفی، بصورت ۱۵۰ زن سترون شده طی ۱۰ - ۱ سال اخیر و ۱۵۰ زن غیر سترون همسان سازی شده بعنوان گروه شاهد انتخاب شدند. بدین ترتیب که از بین ۹۴ پایگاه و مراکز بهداشتی - درمانی وابسته به شهر تبریز، ۱۵ پایگاه و مرکز به روش تصادفی انتخاب و از هر کدام، تعداد ۱۰ نفر برای گروه مورد و تعداد ۱۰ نفر برای گروه شاهد، برگزیده شده و با درخواست مراجعه به مراکز مذکور، پرسشنامه ها را تکمیل نمودند. پرسشنامه شماره ۱ مربوط به مشخصات فردی

اجتماعی واحدهای مورد پژوهش و سنجش پشیمانی بعد از عمل زنان سترون شده بوده و پرسشنامه شماره ۲، سؤالات استاندارد افسردگی و اضطراب زونگ (۲۰ سؤالی) را شامل می شد. جهت روایی پرسشنامه شماره ۱، از روش اعتبار محتوی استفاده گردید. بدین ترتیب که نظر ۱۱ تن از استادان محترم هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در مورد سؤالات، اعمال گردید و پس از جمع آوری نظرات آنان و انجام اصلاحات لازم، جهت انجام پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. جهت برآورد پایایی پرسشنامه خود ساخته شماره ۱، از روش آزمون مجدد برای سؤالات مربوط به پشیمانی بعد از عمل (۳ سؤال) که به اقتباس از مقاله جامسون^۱ و همکاران (۲۰۰۲) (۲۲) گرفته شده بود، استفاده گردید. بدین ترتیب که با ۳۰ نفر که دارای خصوصیات گروه مورد بودند، مصاحبه به عمل آمد و مجدداً ۱۰ روز بعد از همان ۳۰ نفر مصاحبه شد که ضریب همبستگی پیرسون ($r = 0/85$) محاسبه شد که نشانگر پایایی قابل قبول سؤالات بود. اما به دلیل استاندارد بودن پرسشنامه افسردگی و اضطراب زونگ^۲ لزومی بر تعیین روایی و پایایی مجدد آنها وجود نداشت. پرسشنامه ها در مورد افراد بیسواد و کم سواد، از طریق مصاحبه تکمیل گردید و افرادی که سطح تحصیلات آنها، مقطع راهنمایی و بالاتر بود خود با خواندن سؤالات به آنها پاسخ دادند. پس از جمع آوری اطلاعات و وارد کردن داده ها در نرم افزار SPSS نسخه ۱۱، از آزمونهای آمار توصیفی جهت توصیف افراد مورد پژوهش و میزان

۱- Jamieson

۲- Zung

اختلالات روانی آنان و از آمار استنباطی نظیر t مستقل جهت مقایسه میانگینها و از مجذور کای جهت تعیین ارتباط بین متغیرها استفاده گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه، اکثریت زنان سترون شده (۹۲/۷٪)، ۳۰ سال یا بیشتر داشتند و میانگین سنی آنها ۳۷/۳۱ بود. این در حالی است که ۵۶/۷ درصد آنان به هنگام عقیمی، ۳۰ سال یا بیشتر داشتند و میانگین سنی در زمان سترون‌سازی، ۳۱/۴۷ سال بود. بیشتر آنان (۷۶٪)، دارای ۵ - ۳ فرزند بودند. کمترین تعداد فرزند در این گروه، ۲ و بیشترین ۸ بود. اکثریت زنان سترون شده (۳۰/۷٪) سواد راهنمایی و کمترین آنها (۵/۳٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند. نیز ۹۰ درصد زنان سترون شده، خانه‌دار و ۱۰ درصد آنها کار بیرون از منزل داشتند.

اکثریت زنان سترون شده (۶۷/۳٪)، سطح درآمد خانوار را برای گذران زندگی کافی گزارش نمودند، این در حالی است که ۲۷ نفر (۱۸٪) از زنان سترون شده، محدود بودن درآمد خانوار را بعنوان دلیل عقیم‌سازی خود بیان نمودند. لازم به ذکر است که افراد گروه شاهد، اختلاف آماری معنی‌داری را در مشخصات فردی اجتماعی با زنان گروه مورد نداشتند. در ضمن هیچ کدام از واحدهای مورد پژوهش، سابقه بیماریهای روانی شناخته شده قبلی و حادثه غم انگیز اخیر را ذکر نکردند. در این پژوهش، بیشترین زنان سترون شده (۷۴/۷٪)

در تصمیم‌گیری نهایی جهت سترون‌سازی با همسر خود تفاهم کامل داشتند، در حالی که ۳۲ نفر (۲۱/۳٪) به تنهایی و بصورت خودرأی، چنین تصمیمی را اتخاذ نموده بودند و نیز عمده‌ترین عامل سترون‌سازی در ۶۰ درصد زنان، کفایت تعداد فرزندان بوده است. یافته‌ها نشان داد که بیشترین تعداد زنان سترون شده (۴۶/۷٪) از هیچ منبعی جهت کسب اطلاعات برای سترون‌سازی استفاده نکرده بودند و بقیه مهمترین منبع اطلاعاتی خود را به ترتیب: از طریق مشاوره با مراقبین بهداشتی ۴۴ نفر (۲۹/۳٪)، مصاحبه و مباحثه با دوستان و خویشان ۲۲ نفر (۱۴/۶٪)، مطالعه مطالب مرتبط ۱۰ نفر (۶/۷٪) و از طریق صدا و سیما ۴ نفر (۲/۷٪) ذکر نمودند.

آنالیز داده‌ها نشان داد که میزان افسردگی در زنان سترون شده ۱۳/۳ درصد و در زنان غیر سترون ۲۰ درصد بود، میانگین نمرات افسردگی برای زنان سترون شده ۴۴/۳۱ و در زنان غیر سترون ۴۴/۲۵ بود که نتیجه آزمون t -test، اختلاف آماری معنی‌داری را بین دو گروه نشان نداد (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سطح افسردگی زونگ

گروه	زنان سترون شده		زنان غیر سترون		جمع کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سطح افسردگی						
عدم افسردگی	۱۳۰	۸۶/۷	۱۲۰	۸۰	۲۵۰	۸۳/۳
افسردگی خفیف	۵	۳/۳	۷	۴/۷	۱۲	۴
افسردگی متوسط	۱۱	۷/۳	۱۸	۱۲	۲۹	۹/۷
افسردگی شدید	۴	۲/۷	۵	۳/۳	۹	۳

۴۳/۷۰ و در زنان غیر سترون ۴۱/۴۷ بود که با استفاده از آزمون t -test، اختلاف آماری معنی‌داری در میانگین نمره اضطراب بین دو گروه مشاهده گردید (جدول ۲).

همچنین ۲۴/۷ درصد زنان سترون شده و ۱۸/۶ درصد زنان غیر سترون دارای درجاتی از اضطراب بودند. میانگین نمره اضطراب برای زنان سترون شده ۴۳/۷۰ و در زنان غیر سترون ۴۱/۴۷ بود که با استفاده از آزمون t -test، اختلاف آماری معنی‌داری در میانگین نمره اضطراب بین دو گروه مشاهده گردید (جدول ۲).

جدول ۲: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سطح اضطراب زونگ

سطح اضطراب	زنان سترون شده		زنان غیر سترون		جمع کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
عدم اضطراب	۱۱۳	۷۵/۳	۱۲۲	۸۱/۳	۲۳۵	۷۸/۳
اضطراب خفیف و متوسط	۲۸	۱۸/۷	۲۰	۱۳/۳	۴۸	۱۶
اضطراب شدید	۹	۶	۸	۵/۳	۱۷	۵/۷
اضطراب بسیار شدید	۰	۰	۰	۰	۰	۰
جمع	۱۵۰	۱۰۰	۱۵۰	۱۰۰	۳۰۰	۱۰۰
میانگین	۴۳/۷۰		۴۱/۴۷			$t = ۲/۱۱$

میانگین نمرات افسردگی و اضطراب زنانی که استراحت کافی بعد از عمل را گزارش نموده بودند، بطور معنی‌داری (به ترتیب با $P=0/008$ و $P=0/02$) کمتر از زنانی بود که عدم استراحت کافی به دنبال عمل داشتند (جدول ۴،۳).

جدول ۳: توزیع فراوانی زنان سترون شده بر حسب افسردگی و استراحت بعد از عمل

افسردگی	دارد		ندارد		جمع		میانگین \pm انحراف معیار
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
کافی بوده است	۱۰	۶/۷	۱۰۶	۷۰/۷	۱۱۶	۷۷/۳	۴۳/۱۵ \pm ۹/۶۱
کافی نبوده است	۱۰	۶/۷	۲۴	۱۶	۳۴	۲۲/۷	۴۸/۲۷ \pm ۱۰/۰۳
جمع	۲۰	۱۳/۳	۱۳۰	۸۶/۷	۱۵۰	۱۰۰	$t = -2/70$ $P = 0/008$

جدول ۴: توزیع فراوانی زنان سترون شده بر حسب اضطراب و استراحت بعد از عمل

اضطراب	دارد		ندارد		جمع		میانگین \pm انحراف معیار
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
کافی بوده است	۲۵	۱۶/۷	۹۱	۶۰/۷	۱۱۶	۷۷/۳	۴۲/۸۲ \pm ۸/۶۹
کافی نبوده است	۱۲	۸	۲۲	۱۴/۷	۳۴	۲۲/۷	۴۶/۶۹ \pm ۹/۵۶
جمع	۳۷	۲۴/۷	۱۱۳	۷۵/۳	۱۵۰	۱۰۰	$t = -2/22$ $P = 0/02$

در این مطالعه ۶ درصد زنان سترون شده، اظهار پشیمانی بعد از عمل داشتند که با اختلاف و نزاع با همسر به هنگام تصمیم‌گیری جهت عقیقه ارتباط آماری معنی‌داری را نشان داد ($P < 0/001$). در پژوهش حاضر، میزان درخواست برگشت باروری زنان سترون شده ۲/۷ درصد بود که البته هیچ کدام از آنان اقدام به عمل برگشت باروری ننموده بودند.

بحث

در این مطالعه، میزان افسردگی در زنان سترون شده ۱۳/۳ درصد و در زنان غیر سترون ۲۰ درصد بود که با توجه به شیوع افسردگی ۱۳ تا ۲۰ درصد در کل جمعیت (۱۶)، میزان افسردگی مشاهده شده در دو گروه با شیوع آن در کل جمعیت، تناسب و سنخیت داشت. اما میانگین نمره افسردگی زنان سترون شده، نسبت به زنان غیر سترون بیشتر بود. هرچند اختلاف میانگین دو گروه از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P = ۰/۹۶$).

همچنین میزان اضطراب بین زنان سترون شده ۲۴/۷ درصد و در زنان غیر سترون ۱۸/۶ درصد بود؛ بررسی‌ها نشان می‌دهد که شیوع اختلالات اضطرابی در جمعیت عمومی بین ۳۵ - ۱۵ درصد در نوسان است (۱۷) که میزان اضطراب مشاهده شده در دو گروه با میزان اضطراب گزارش شده در کل جمعیت، تناسب و سنخیت داشت. میانگین نمره اضطراب زنان سترون شده در مقایسه با زنان غیر سترون نیز بیشتر بود که اختلاف میانگین بین دو گروه از نظر آماری معنی‌دار بود ($p = ۰/۰۳$).

عباسی و کنعانی (۱۳۸۰)، در بررسی مقایسه‌ای سلامت روانی زنان سترون شده با زنانی که از هیچ روش پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کردند، تفاوت معنی‌داری ($P < ۰/۰۵$) را بین دو گروه گزارش کردند (۱۸). تفضلی (۱۳۷۹)، در بررسی مقایسه‌ای عوارض بستن لوله‌های رحمی با روش طبیعی پیشگیری با $p = ۰/۰۰۰$ تفاوت معنی‌داری را در افسردگی و اضطراب بین دو گروه نشان داد (۱).

لین و همکاران (۱۹۹۶) نیز سترون‌سازی را نوعی عامل خطر در جهت افسردگی و اضطراب افراد گزارش نمودند، بطوریکه در مطالعه آنان، بعد از بستن لوله‌های رحمی احتمال خطر افسردگی ۲/۳۴ برابر و احتمال خطر اضطراب ۲/۸۸ برابر بیشتر می‌شد. در این مطالعه زنانی که بعد از عمل به مقدار کافی استراحت نکرده بودند، به راحتی در معرض افسردگی و اضطراب بعدی قرار داشتند (۱۹).

این در حالی است که سبحانی (۱۳۷۶) در بررسی مقایسه‌ای مشکلات روانی زنان سترون شده اختیاری با زنان گروه شاهد، تفاوت معنی‌داری را مشاهده کرد (۲۰).

همچنین انجمن مطالعاتی آینده‌نگر سازمان بهداشت جهانی (۱۹۸۵)، در پیگیری سلامت روان زنان سترون شده، یافته‌ای دال بر اینکه سترون‌سازی زنان بتواند خطر اختلالات روانی را به دنبال عمل افزایش دهد، گزارش نکرد. در این مطالعه، اختلالات روانی بعد از عمل، ارتباط بسیار معنی‌داری را با مشکلات روانی قبل از عمل نشان داد (۲۱).

به نظر پژوهشگر، عدم همخوانی نتایج مطالعات متعدد می‌تواند ناشی از ناهمگونی نمونه‌ها، تفاوت در روش پژوهش‌های انجام گرفته، گوناگونی ابزار پژوهش، تفاوت‌های فرهنگی، خانوادگی و سطح تحصیلات افراد مورد پژوهش، دوره‌های زمانی در نظر گرفته شده جهت مصاحبه و نیز نحوه توجه به بهداشت روانی زنان سترون شده باشد.

پشیمانی بعد از عمل از دیگر فاکتورهای روانی مرتبط با سترون‌سازی افراد می‌باشد که میزان آن در پژوهش حاضر ۶ درصد بدست آمد که این میزان با یافته‌های سایر بررسی‌های انجام شده، همسو بوده و به ارقام گزارش شده در آنها بسیار نزدیک می‌باشد. بعنوان نمونه جامسون و همکاران (۲۰۰۲)، احتمال تجمعی بیان پشیمانی زنان در عرض ۵ سال بعد از عمل را ۷ درصد گزارش نمودند (۲۲). هیلز^۱ و همکاران (۱۹۹۹)، نیز احتمال تجمعی بیان پشیمانی زنان بالای ۳۰ سال را طی ۱۴ سال بعد از عمل، ۵/۹ درصد گزارش کردند (۲۳).

در تحقیق هولاندر^۲ (۱۹۹۹)، احتمال تجمعی پشیمانی ۷ سال بعد از عمل، ۸ درصد گزارش شد (۲۴). تفضلی (۱۳۷۹)، میزان پشیمانی بعد از عمل زنان سترون شده در فاصله سالهای ۷۶ - ۱۳۷۰ را ۸/۵ درصد گزارش نمود (۱). در

۱- Hillis

۲- Hollander

بین مطالعات انجام گرفته، کمترین میزان پشیمانی بعد از عمل گزارش شده (۳٪)، مربوط به مطالعه دکتر آرام و همکاران (۱۳۸۱) بوده (۲۵) و بیشترین میزان (۲۱/۹٪)، توسط روزنفلد^۱ و همکاران (۱۹۹۸) گزارش گردید؛ شاید به این دلیل که ۷۶/۸ درصد افراد مورد پژوهش آنان، سن زیر ۳۰ سال داشتند (۲۶). یافته‌های پژوهش حاضر، بین نزاع با همسر هنگام تصمیم‌گیری جهت عقیمی و پشیمانی بعد از عمل با (۰/۰۰۱ < p) ارتباط آماری معنی‌داری را نشان داد، بطوریکه ۸۸/۹ درصد از زنانی که با همسر خود به هنگام تصمیم‌گیری جهت عقیمی اختلاف نظر و کشمکش داشتند، پشیمانی بعد از عمل را ذکر نمودند.

نتیجه‌گیری و پیشنهادها

با توجه به یافته‌های این مطالعه و نظر به اینکه آموزش و مشاوره قبل از سترون‌سازی در جهت افزایش کیفیت تنظیم خانواده و ارتقای سطح سلامت روان زنان نقش مهمی دارد، امید است در آینده توأم با راه‌اندازی سیستم پیگیری بعد از عقیمی، این روش پیشگیری از بارداری جایگاه واقعی خود را در نگرش عمومی مردم بعنوان یک اقدام بهداشتی پیدا کند و پاسخگوی نیاز آنها در جهت رفع نگرانی در مورد بارداریهای ناخواسته باشد. مطالعه جامسون و همکاران (۲۰۰۲) نیز نشان داد: زنانی که قبل از سترون شدن، کشمکش اساسی با همسرشان داشتند، پشیمانی ناشی از تصمیمشان ۳ برابر بیشتر از زنانی بود که چنین کشمکشی نداشتند (۲۲).

سپاسگزاری

بدینوسیله از کلیه عزیزانی که در تهیه این پژوهش ما را یاری فرمودند نهایت تشکر را دارد.

منابع

۱. تفضلی، م: بررسی مقایسه‌ای عوارض بستن لوله‌های رحمی با روش طبیعی پیشگیری. اسرار: شماره ۲۶۰-۵۳، ۱۳۷۹.
۲. اسپرووف، د: راهنمای بالینی پیشگیری از بارداری. ترجمه سید ریحان میردامادی؛ ترجمه تهرانی. انتشارات شهرآب، تهران، صص ۲۴۳-۲۲۵.
۳. Lee CK, Kwak YS, Yamamoto J, Kim RS, Lee YH. (۱۹۹۰). Psychiatric epidemiology in Korea. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, ۱۷۸, ۲۴۲-۵۲.
۴. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت با همکاری مرکز آمار ایران، صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف) و صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران مهرماه ۱۳۷۹، تهران ۶۵، ۱۳۸۱.
۵. کاپلان، ه؛ سادوک، ب: خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری- روانپزشکی بالینی، ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، انتشارات شهرآب، تهران، صص ۵۵، ۱۹، ۱۳۷۹.
۶. مارگوسیان، آ: بررسی رابطه تصویر ذهنی از جسم خویش با روابط خانوادگی و اجتماعی زنان ماستکتومی شده مراجعه‌کننده به مراکز درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهران ۱۳۷۳، پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، ۲، ۱۳۷۳.
۷. ستار زاده، ن: بررسی میزان افسردگی در زنان و مردان نابارور مراجعه‌کننده به درمانگاه نازایی مرکز آموزشی و درمانی الزهراء شهر تبریز ۱۳۷۹، در: «همایش سراسری تازه‌های پرستاری در اختلالات خلقی از پیشگیری تا نوتوانی»، (۱۳۷۹)، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، ۲۱۱-۲۱۰، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

۸. اخلاصی، ع؛ نیکخوی، ع؛ دواساز ایرانی، ز: بررسی تاثیر مشاوره روانی بر میزان افسردگی مراجعین به مرکز تحقیقات و تنظیم خانواده اهواز پس از عمل جراحی وازکتومی و توبال لیگیشن ۱۳۷۸، در: دومین کنگره ملی بهداشت عمومی و طب پیشگیری، (۱۳۸۰)، دانشکده علوم پزشکی کرمانشاه، ۳۲۸، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.
۹. کارلسون، ک. ج؛ ایزنستات، ا.؛ زیپورین، ت: بهداشت روانی زنان. ترجمه خدیجه ابوالمعالی و همکاران. انتشارات ساوالان، تهران، ص ۱۸، ۱۳۷۹.
۱۰. اتکینسون، ا؛ هکسما، ا: زمینه روانشناسی هیلگارد. ترجمه حسن رفیعی؛ مرسله سمیعی؛ محسن ارجمند. ویرایش دوازدهم، صص ۱۳۳، ۱۶۵-۱۶۴، ۱۳۸۰.
۱۱. بهار، ف: غفلت جهان سوم از وازکتومی. راز بهزیستی، انتشارات مرکز بهداشت استان خراسان، سال دوم، شماره پنجم، ص ۳۲، ۱۳۷۲.
۱۲. International Planned Parenthood Federation. (۱۹۸۷). *Better health through family Planning: commendations of the international conference on better health for women and children through family planning. Nairobi, Kenya.*
۱۳. Miller W, Shain R, Pasta D. (۱۹۹۱). *Tubal sterilization or vasectomy: how do married couples make the choice? Fertil steril, ۵۴, ۱۷۸-۱۸۴.*
۱۴. محمدی، م؛ دادخواه، ب؛ مظفری، ن: بررسی علل عدم استقبال از وازکتومی در همسران خانمهای توبکتومی شده در شهر اردبیل ۱۳۸۰، در: همایش سراسری سلامت در خانواده، (۱۳۸۰) دانشکده پرستاری و مامایی اراک، ۳۱، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اراک.
۱۵. Vessey MP, Higgins G, Lawless M, Yeates D. (۲۰۰۰). *Tubal sterilization: Finding in a Large Prospective study. Br J Obstet Gynecol, ۹۰, ۲۰۳.*
۱۶. شاهوی، ز: بررسی میزان افسردگی و عوامل مرتبط با آن در خانمهایی که تحت عمل بستن لوله های رحم در شهر سنج قرار گرفته اند ۱۳۷۲. پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی تهران، صص ۵۲-۲۹، ۱۳۷۲.
۱۷. کاویانی، ح: شیوع اختلالات اضطراب در شهر تهران، فصلنامه اندیشه و رفتار، ۳۱، سال ۸، شماره ۳، صص ۱۱-۴، ۱۳۸۱.
۱۸. عباسی، ع؛ کنعانی، ا: بررسی سلامت روانی در زنان استفاده کننده از روش پیشگیری از بارداری، بستن لوله های رحمی در شهر یاسوج، ارمان دانش، مجله دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، سال ششم، شماره ۲۴، صص ۳۹-۳۵، ۱۳۸۰.
۱۹. سبحانی، م: بررسی مشکلات روانی زنان سترون شده اختیاری، پایا ن نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده انستیتو روانپزشکی تهران، صص ۱۰۹-۱۰۰، ۱۳۷۶.
۲۰. Lin L, ShiZhong W, Changmin Z, Qifu F, Keqiang L, Golian S. (۱۹۹۶). *Psychological long term effects of sterilization on anxiety and depression. Contraception, ۵۴, ۲۴۵-۵۷.*
۲۱. Report of a Who Collaborative prospective study (۱۹۸۵) *Mental health and female sterilization: a follow up. J Biosoc Sci, ۱۷, ۱-۱۸*
۲۲. Jamieson DJ, Kaufman SC, Costello C, Hillis SD, Marchbanks PA, Peterson HB. (۲۰۰۲). *A comparison of women's regret after vasectomy versus tubal sterilization. Obstet Gynecol, ۹۹(۶), ۱۰۷۳-۹*
۲۳. Hillis SD, Marchbanks PA, Tylor LR, Peterson HB. (۱۹۹۹). *Poststerilization regret. Obstet Gynecol, ۹۳(۶), ۸۸۹-۹۵*
۲۴. Hollander D. (۱۹۹۹). *Women who are sterilized at age ۳۰ or younger have increased odds of regret. Family Planning Perspectives, ۳۱(۶), (abstract)*
۲۵. آرام، ش؛ انصاری، ن؛ گلشاهی، ف: بررسی فراوانی و شدت عوارض بستن لوله های رحمی، مجله دانشکده پزشکی اصفهان، سال بیستم، شماره ۶۷، صص ۴۹-۴۶، ۱۳۸۱.
۲۶. Rosenfeld BL, Taskin O, Kafkashli A, Rosenfeld M., Chuong CJ. (۱۹۹۸). *Sequelae of postpartum sterilization. Arch Gynecol Obstet, ۲۶۱, ۱۸۳-۸۷.*

